

Guía del Programa de Beneficios de Atención Médica para la Espina Bífida



U.S. Department
of Veterans Affairs

Consejos útiles 4

- Beneficios de atención médica para la espina bífida
- Asistencia
- Cambio de dirección o número de teléfono?
- Aviso de Practicas de Privacidad

Sección 1: Programa de atención médica de espina bífida 6

- Descripción general
- Proceso de solicitud
- Costos
- Contacte VHA Cuidado de la comunidad

Sección 2: Beneficios de atención médica 8

- Cobertura general
- Exclusiones generales
- Requisitos de Autorización previa
- Cómo Solicitar Autorización Previa

Sección 3: Qué está y qué no está cubierto ... 10

- Cirugía ambulatoria
- Asistentes (Se requiere autorización previa)
- Manejo de casos
- Cuidado de salud diurno (Se requiere autorización previa)
- Servicios dentales (se requiere autorización previa)
- Equipo médico duradero (DME) (Se requiere autorización previa para cualquier artículo comprado o alquilado que exceda el costo total de \$2,000)
- Cuidados en el hogar
- Servicios de ama de casa (Se requiere autorización previa)
- Servicios para pacientes hospitalizados.
- Servicios de salud mental (Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios que excedan las 23 visitas por año calendario).

- Cuidado de hogar de ancianos
- Ortesis
- Servicios de farmacia, suministros y artículos de venta libre
- Servicios / aparatos protésicos.
 - Servicios de rehabilitación.
- Cuidado de relevo.
 - Capacitación de miembros de la familia, guardianes y miembros del hogar del niño (Se requiere autorización previa).
 - Viajes (Se requiere autorización previa para viajar fuera del área comunitaria)

Sección 4: Selección de proveedores de atención médica 22

- Pautas para proveedores
- Proveedores autorizados
- Opciones del proveedor

Sección 5: Reclamaciones 24

- Formularios
- Documentos requeridos
- Plazos de declaración
- Otro seguro de salud (OSS)
- Explicación de beneficios (EDB)
- Reconsideración / apelación de reclamos

Glosario 29

Índice 33

Beneficios de Atención Médica para la Espina Bífida

Esta guía contiene información importante sobre los beneficios de atención médica para la espina bífida. Léalo detenidamente antes de utilizar sus beneficios.

Los cambios que tienen lugar entre las impresiones de esta guía se publican en forma de cambios de guía, que se envían por correo a cada beneficiario. Es muy importante que los cambios de dirección se comuniquen de inmediato a la Oficina de Atención Comunitaria del VHA (VA CC). Lea todos los cambios de la guía detenidamente y archívelos con su guía hasta que se publique una nueva.

No hay una fecha programada para la republicación de esta guía. La próxima edición se publicará basado en el volumen y el grado de los cambios.

Consulte nuestro sitio web para obtener la información más reciente en <http://www.va.gov/communitycare/index.asp>

Asistencia:

Información General:

Teléfono: 1-888-820-1756

Correo electrónico: Por favor, visite a <https://iris.custhelp.com/app/ask> y siga las instrucciones para enviar un correo electrónico a través de IRIS.

Correo: VHA Office of Community Care
PO Box 469065
Denver CO 80246-9065

Sitio web: www.va.gov/communitycare

Autorización previa:

Teléfono: 1-888-820-1756

Correo electrónico: Por favor, vaya a <https://iris.custhelp.com/app/ask> y siga las instrucciones para enviar un correo electrónico a través de IRIS.

Correo: VHA Office of Community Care
PO Box 469065
Denver CO 80246-9065

Fax: 303-331-7807

Cambio de dirección o número de teléfono?

Manténgase en nuestra lista de correo... comuníquese de inmediato cualquier cambio de dirección a:

VHA Office of Community Care
PO Box 469065
Denver CO 80246-9065

Correo electrónico: Por favor, vaya a <https://iris.custhelp.com/app/ask> y siga las instrucciones para enviar un correo electrónico a través de IRIS.

Además, debido a que hacemos la mayor parte de nuestro negocio a través del teléfono, por favor manténganos informados de cualquier cambio en su número de teléfono.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Los beneficiarios del Programa de Beneficios de Atención Médica para la Espina Bífida y los Veteranos que están inscritos en los beneficios de atención médica de VA tienen varios derechos bajo las leyes y regulaciones federales, incluido el derecho a un Aviso de Prácticas de Privacidad. La Administración de Salud de Veteranos (VHA) emitió el Aviso de Prácticas de Privacidad de VA, IB 10-163, en abril de 2009. El Aviso de Prácticas de Privacidad de VA brinda a los beneficiarios y Veteranos inscritos información sobre cómo VHA puede usar y divulgar información de salud personal. El aviso también informa a los beneficiarios inscritos y a los Veteranos de sus derechos de saber cuándo y a quién se pudo haber revelado su información de salud, solicitar acceso o recibir una copia de su información de salud en el archivo de VHA, solicitar una enmienda para corregir la información inexacta en el archivo y presentar una queja de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad de VA se puede obtener a través de Internet en http://www.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=1090 o por correo escribiendo a la Oficina de Privacidad de VHA (19F2), 810 Vermont Avenue NW, Washington, DC 20420.

Descripción general

Además de los subsidios monetarios, la capacitación vocacional y la rehabilitación, el Departamento de Asuntos de Veteranos también reembolsa

la atención médica brindada a ciertos niños biológicos de veteranos de Corea y Vietnam que han sido diagnosticados con espina bífida. Para los fines de este programa, la espina bífida se define como todas las formas o manifestaciones de

la espina bífida (excepto la espina bífida oculta).

La Oficina de Atención Comunitaria de VHA en Denver, Colorado, administra el Programa de Beneficios de Atención Médica para la Espina Bífida, incluida la autorización de beneficios y el posterior procesamiento y pago de reclamos. Póngase en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta.

Proceso de solicitud

Los beneficios de atención médica se basan en las determinaciones de elegibilidad hechas por la Oficina Regional de VA de Denver. Llame a la oficina regional al 303-914-2900 para iniciar el proceso de solicitud. Después de que la Oficina Regional de VA de Denver haya tomado una decisión, incluida cualquier decisión relacionada con las asignaciones monetarias, VHA CC se pone en contacto con el adjudicador que tiene espina bífida o el guardián de este con respecto al Programa de Beneficios para el Cuidado de la Salud de la Espina Bífida.

Costos

No hay copagos ni deducibles para el beneficiario. VA es el pagador exclusivo de los servicios prestados a los beneficiarios de este programa, y la facturación debe enviarse directamente a VHA CC. El monto permitido determinado para el pago se considera pago total, y el proveedor no puede facturar al beneficiario la diferencia entre el monto facturado y el monto permitido determinado por él VA. Los beneficiarios o su tutor deben preguntar primero a los proveedores si aceptarán el Programa de Beneficios de Atención Médica de Espina Bífida como pago total. Si los proveedores tienen preguntas, remítalos a VHA CC al 1-888-820-1756.

Póngase en contacto con la Oficina de Atención Comunitaria de VHA

Teléfono: 1-888-820-1756

Correo electrónico: Por favor, vaya a <https://iris.custhelp.com/app/ask> y siga las instrucciones para enviar un correo electrónico a través de IRIS.

Correo: VHA Office of Community Care
PO Box 469065
Denver CO 80246-9065

Sitio web: <http://www.va.gov/communitycare/index.asp>

Los beneficiarios reciben una tarjeta de identificación de la Oficina de Atención Comunitaria de VHA (VHA CC). Esta tarjeta incluye el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia de los beneficios de atención médica.

Cobertura General

Este programa proporciona servicios cubiertos y suministros para beneficiarios inscritos para todas las condiciones médicas cubiertas, no solo las relacionadas con la espina bífida.

Exclusiones Generales

- Atención como parte de un estudio de subvención o programa de investigación.
- Atención considerada experimental o de investigación.
- Atención que no es médicamente necesaria o adecuada.
- Medicamentos no aprobados por la FDA para comercialización comercial.
- Servicios prestados fuera del alcance de la licencia o certificación del proveedor.
- Servicios prestados por proveedores suspendidos o sancionados por una agencia federal.
- Servicios, procedimientos de suministros por los cuales el beneficiario no tiene la obligación legal de pagar, como los servicios obtenidos en una feria de salud.

Requisitos de autorización previa

Aunque la mayoría de los servicios y suministros de atención médica no requieren aprobación previa (autorización previa), algunos sí lo requieren. La autorización solo se puede aprobar cuando es médicamente necesario.

Se requiere autorización previa para:

- Asistentes.
- Atención médica diurna proporcionada como atención ambulatoria.
- Servicios dentales.
- Equipo médico duradero (DME) con un precio total de alquiler o compra superior a \$ 2,000.

- Servicios de ama de casa (deben ser servicios relacionados con la salud).
- Servicios ambulatorios de salud mental que superen las 23 visitas en un año calendario.
- Tratamiento de abuso de sustancias.
- Capacitación de miembros de la familia, tutores y miembros del hogar del niño
- Servicios de trasplante, viajes (que no sean millas a la tarifa de la Administración de Servicios Generales por automóviles privados)

Nota: en caso de duda, póngase en contacto con VHA CC.

Cómo Solicitar Autorización Previa

Puede obtener una autorización previa de VHA CC por teléfono o fax.

Por Teléfono: 1-888-820-1756

Por Fax: 303-331-7807

Para solicitar una autorización previa, incluya lo siguiente:

- Nombre del beneficiario.
- Número de seguro social del beneficiario.
- Descripción del servicio/tratamiento solicitado, incluidos los códigos de procedimiento, el código(s) de equipo/suministro, el código(s) de diagnóstico y el lugar de los servicios.
- Costo estimado (si se sabe).
- Carta firmada por el médico o necesidad médica y/u orden del médico.
- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor que realmente proporcionará los servicios solicitados.
- Fecha anticipada de servicios.

Si el servicio no es urgente, puede enviar sus solicitudes de autorización previa por correo a:

VHA Office of Community Care
PO Box 469065
Denver CO 80246-9065

Cirugía Ambulatoria

La cirugía ambulatoria es una cirugía que se realiza de forma ambulatoria o en el mismo día, en un centro debidamente equipado y con personal. La cirugía generalmente se realiza bajo anestesia sin necesidad de pasar la noche. La cobertura de los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital está cubierta cuando es médicamente necesaria y de acuerdo con la política de beneficios. Los procedimientos quirúrgicos realizados en un centro quirúrgico ambulatorio independiente (CQA) están cubiertos, siempre y cuando la cirugía esté en la lista aprobada por TRICARE o un centro quirúrgico ambulatorio de Medicare (pregunte a su proveedor).

Qué está cubierto:

- Servicios auxiliares prestados por un hospital.
- Servicios de instalaciones para el procedimiento(s) quirúrgico.
- Servicios profesionales

Qué NO está cubierto:

- Procedimientos quirúrgicos que no están en la lista aprobada por TRICARE o Medicare CQA y se realizan en un CQA independiente.
- Servicios auxiliares de un Centro de Cirugía Ambulatoria independiente.
- Procedimientos incidentales realizados al mismo tiempo que un procedimiento primario.
- Procedimientos que son médicamente innecesarios, experimentales o no comprobados.

Asistentes (Se Requiere Autorización Previa)

Un médico o una enfermera pueden estar autorizados a acompañar al beneficiario a su cita médica debido a una condición médica. En este caso, el reembolso de los honorarios profesionales y los costos de viaje asociados se realizarán solo cuando sean médicamente necesarios y después de que el servicio haya sido autorizado previamente.

Un pariente o amigo de un beneficiario puede actuar como asistente cuando sea médicamente necesario debido a la condición física o mental del beneficiario y cuando el pariente o amigo pueda proporcionar el nivel de atención adecuado. En este caso, reembolso de los gastos de viaje asociados se realizará después de que el servicio haya sido autorizado previamente. Los honorarios por el tiempo del asistente no profesional no son reembolsables.

Manejo de caso

El manejo de casos es un proceso colaborativo que ayuda a planificar y coordinar los servicios de atención médica médicamente necesarios y apropiados. El administrador de casos trabaja con usted y sus proveedores para facilitar el acceso a los servicios de atención médica y coordina los recursos necesarios para proporcionar el nivel óptimo de atención médica.

VHA CC puede brindarle asistencia para recibir servicios de administración de casos al proporcionar una lista de recursos de administración de casos, comunicar los beneficios del programa y proporcionar el estado de la reclamación.

Cuidado de salud diurno (Se Requiere Autorización Previa)

Qué está cubierto:

- Un programa terapéutico prescrito por un proveedor de atención médica aprobado que brinda los servicios médicos necesarios, rehabilitación, actividades terapéuticas, socialización, nutrición y servicios de transporte en un entorno congregado.

Qué NO está cubierto

- Servicios que no están relacionados con la salud.

Servicios Dentales (Se Requiere Autorización Previa)

La atención dental no es un beneficio cubierto a menos que sea necesario para el tratamiento de un beneficio médico cubierto.

Equipo médico duradero (EMD) (se requiere autorización previa para cualquier artículo comprado o alquilado que exceda los \$ 2,000 en costos totales)

EMD es un equipo ordenado por un médico para el uso específico del beneficiario y:

- Puede soportar el uso repetido.
- Mejora la función de una parte del cuerpo malformada, enferma o lesionada o evita un mayor deterioro de la afección médica.
- Es médicamente necesario para el tratamiento de una afección médica cubierta.
- Es apropiado para su uso en el hogar.
- Se utiliza para fines médicos (en lugar de transporte, comodidad o conveniencia)

El EMD incluye artículos como sillas de ruedas, camas de hospital, ventiladores y dispositivos de cierre asistidos por vacío para heridas o laceraciones.

Las solicitudes de autorización previa deben tener la orden EMD del médico (receta o certificado de necesidad médica), que incluye:

- El nombre, la dirección y el número de identificación fiscal del proveedor.
- Diagnóstico para el cual se solicita el EMD.
- La duración anticipada de la necesidad del artículo.
- La marca, el número de modelo, el costo y la determinación de si el artículo debe personalizarse, y
- Una declaración que describe la necesidad médica.

O, en situaciones de urgente necesidad, la autorización previa debe solicitarse por teléfono, como cuando un paciente está siendo dado de alta del hospital a la casa y requiere una cama de hospital. Los artículos de EMD se pueden proporcionar de fuentes de VA. VHA CC puede ayudarle con la coordinación de estas compras.

Qué está cubierto (no todo incluido)

- El EMD que prescribe un médico para el tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta, proporciona el nivel de rendimiento necesario y es consistente con el etiquetado aprobado por la FDA
- Personalización, accesorios o suministros que son esenciales para proporcionar un beneficio terapéutico y para asegurar el correcto funcionamiento del equipo.
- Elemento duplicado de EMD cuando es esencial proporcionar un sistema de soporte vital a prueba de fallas en el hogar.
- Mantenimiento por un técnico autorizado del fabricante.
- Reparación y ajuste.
- Reemplazo necesario como resultado del desgaste normal o un cambio en la condición médica.
- Alquiler temporal cuando se repara el EMD comprado.
- Elevador de silla de ruedas del vehículo (desmontable)

Qué NO está cubierto (no todo incluido)

- EMD por el cual el paciente no tiene obligación de pagar.
- Equipo de ejercicio.
- Jacuzzi.
- Sillas domésticas y reclinables.
- Equipo lujoso o de lujo (solo se cubre el costo del equipo básico que satisface las necesidades médicas del paciente)
- Costo por acuerdos/contratos de mantenimiento por separado.
- Costos de reparación y ajuste en contratos alquilados/arrendados).
- Spas
- Equipo deportivo.
- Piscinas.
- Elevadores de vehículos que no son de desmontaje o que se fabrican para un vehículo específico y no se pueden quitar de un vehículo y usar en otro.
- Piscinas de hidromasaje

Cuidados en el hogar

Atención médica, atención de rehabilitación y habilitación, servicios de salud preventiva y servicios relacionados con la salud prestados a una persona en el hogar de la persona u otro lugar.

Qué está cubierto

- El tratamiento realizado por un proveedor de atención médica aprobado, como un médico, una enfermera de atención domiciliaria, un terapeuta o un asistente de atención médica domiciliaria, cuando lo solicite un médico y el beneficiario esté confinado en su hogar o la condición sea tal que la atención domiciliaria esté médicamente indicada.

Qué NO está cubierto

- Servicios que no están relacionados con la salud.
- Servicios fuera del hogar o lugar de residencia.

Servicios de ama de casa (Se Requiere Autorización Previa)

Los servicios de ama de casa son un componente de los servicios relacionados con la salud que abarcan ciertas actividades que ayudan a mantener un ambiente seguro y saludable para una persona en el hogar u otro lugar de residencia. Dichos servicios contribuyen a la prevención, demora o reducción de riesgos o daños en hospitales, hogares de ancianos u otros cuidados institucionales.

Qué está cubierto

- Los servicios de ama de casa incluyen asistencia con el cuidado personal; administración del hogar, realización de tareas domésticas simples, nutrición, incluida la planificación del menú y la preparación de comidas; educación del consumidor y educación en higiene. Los servicios de ama de casa pueden incluir asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria, tales como: limpieza ligera; lavado; preparación de la comida; servicios necesarios para mantener un ambiente seguro y sanitario en las áreas del hogar utilizadas por el individuo; y servicios esenciales para la comodidad y la limpieza del individuo y para garantizar la seguridad del individuo. Los servicios de ama de casa se deben proporcionar de acuerdo con la atención escrita del plan individual y deben ser recetados por un proveedor de atención médica aprobado.

Qué NO Está Cubierto

- Servicios que no están relacionados con la salud.
- Servicios fuera del hogar o lugar de residencia.

Servicios para pacientes hospitalizados

Qué está cubierto (no todo incluido):

Un episodio de atención hospitalaria (más de 24 horas) está cubierto cuando es médicamente necesario.

- Pruebas de diagnóstico y procedimientos.
- Consulta de segunda opinión iniciada por el paciente para determinar la necesidad médica de un servicio.
- Visitas al médico recibidas en un hospital u otra instalación especializada para un diagnóstico cubierto.
- Consulta médica especializada solicitada por el médico tratante (la consulta realizada dentro de los tres días posteriores a la cirugía no se reembolsa por separado)

- Habitación privada cuando sea médicamente necesario.
- Habitación y comida.
- Habitación semi privada.
- Atención en un centro de enfermería especializada que brinda atención prescrita o realizada bajo la dirección general de un médico.
- Asistente quirúrgico, si así lo requiere la complejidad del procedimiento quirúrgico que se realiza (debe presentar documentación médica de respaldo)
- Servicios quirúrgicos.

Qué NO está cubierto (no todo incluido)

- Casa de transición.
- Artículos de comodidad personal, como teléfonos y televisores.
- Casas de retiro o de descanso.
- Servicios/suministros que podrían haberse realizado (y se realizan) de forma ambulatoria.
- Consultas de personal requeridas por las políticas de un hospital u otro instituto.
- Consulta telefónica

Servicios de salud mental (Se Requiere Autorización Previa para pacientes ambulatorios que excedan las 23 visitas por año calendario)

Los servicios de salud mental están cubiertos cuando son médicamente necesarios y apropiados. Se requiere un plan de tratamiento propuesto para las visitas ambulatorias mayores de 23 en un año calendario que incluye el diagnóstico (como se enumera en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-MDE), las modalidades que se utilizarán, la duración de las sesiones y la duración estimada del tratamiento (frecuencia y número de visitas)

Qué está cubierto (no todo incluido):

- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados.
- Servicios ambulatorios de salud mental hasta 23 visitas por año calendario inclusive sin autorización previa (más de 23 visitas requieren autorización previa)
- Servicios de un proveedor de salud mental con licencia o certificación adecuada

Qué NO está cubierto (no todo incluido)

- Psicoterapia ambulatoria proporcionada mientras un beneficiario participa en un programa de hospitalización.

Cuidado de hogar de ancianos

La atención en hogares de ancianos está cubierta si el hogar de ancianos es un “proveedor de atención médica aprobado” a través de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), el Programa TRICARE del Departamento de Defensa, la Comisión Conjunta, o actualmente está aprobado para proporcionar servicios de salud bajo una licencia emitida por una entidad gubernamental con jurisdicción.

Qué está cubierto

- Admisión a un hogar de ancianos.
- Atención en un hogar de ancianos proporcionado por un proveedor de atención médica aprobado.
- Otros servicios cubiertos, que incluyen medicamentos y equipos médicos duraderos médicamente necesarios mientras reside en un hogar de ancianos.

Ortesis

Las ortesis son dispositivos/aparatos personalizados para ayudar en el movimiento o para brindar apoyo a una extremidad y están cubiertos cuando son médicamente necesarios.

Qué Está cubierto:

- Ortesis cervicales.
- Ortesis de miembros inferiores.
- Ortesis espinales.
- Ortesis de miembros superiores.

- Reemplazo cuando sea necesario debido al crecimiento o un cambio en la condición.

Servicios de Farmacia, Suministros y Artículos de Venta Libre

Qué Está cubierto (no todo incluido):

- Fármacos y medicamentos administrados por un médico u obtenidos con receta.
- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos para el tratamiento de la afección para la que se administra.
- Medicamentos recetados por un proveedor autorizado y dispensados de acuerdo con la ley estatal y los requisitos de licencia.
- Medicamentos que son médicamente necesarios y apropiados para el tratamiento de los cubiertos para los que se administran.
- Artículos de suministros expendibles como catéteres, juegos y suministros para colostomía o ileostomía, guantes de plástico o goma, preparaciones para la piel y polvos para usuarios de aparatos ortopédicos y protésicos, urinarios, suministros para drenaje urinario tipo pierna o frasco y suministros para incontinencia.
- Medicamentos y/o suministros de venta libre para afecciones médicas cubiertas.

Qué NO está cubierto (no todo incluido)

- Medicamentos no aprobados por la FDA para comercialización comercial.
- Medicamentos recetados o provistos por un miembro de la familia inmediata del paciente.
- Medicamentos experimentales/de investigación (no comprobados).
- Medicamentos del Grupo C para pacientes con cáncer terminal (estos medicamentos están disponibles de forma gratuita en el Instituto Nacional del Cáncer, a través de sus médicos registrados)
- Artículos como ropa de cama, prendas especializadas y ropa.
- Placebo inyecciones y drogas.

Servicios protésicos/dispositivos

Qué Está cubierto:

- Reemplazo de prótesis cuando sea necesario debido al crecimiento o un cambio en la condición del paciente.
- Prótesis de reemplazo cuando sea médicamente necesario.
- Implantes quirúrgicos que tienen aprobación de la FDA

Qué NO está cubierto

- Dispositivos protésicos clasificados por la FDA como experimentales/ en investigación (no comprobados)

Servicios de Rehabilitación

Qué Está cubierto (no todo incluido):

- Pruebas y exámenes de diagnóstico o evaluación.
- Rehabilitación cognitiva para pacientes hospitalizados por un máximo de 65 días calendario.
- Terapia ocupacional.
- Terapia de manipulación osteopática y quiropráctica.
- Terapias de nutrición parenteral y enteral.
- Terapia Física
- Restauración en caso de pérdida de funciones neuromusculares.
- Servicios de patología del habla.

Qué NO está cubierto (no todo incluido)

- Medicamentos no aprobados por la FDA para comercialización comercial.
- Vivienda asistida para incluir hogares grupales, apartamentos y alojamientos similares de vivienda asistida
- Campamentos
- Tratamiento para la alteración del habla de origen no orgánico (psiquiátrico o emocional).
- Capacitación vocacional y rehabilitación (estos beneficios están cubiertos a través del Servicio de Rehabilitación Vocacional y Empleo de VA. Para obtener información, llame al 1-800-827-1000).

- Servicios proporcionados por entrenadores deportivos, asistentes de terapia ocupacional y asistentes de terapia física.
- Terapia miofuncional o de empuje de lengua.

Cuidado de relevo

La atención de relevo es la atención, incluyendo cuidado médico diurno, proporcionada por un proveedor de atención médica aprobado a base intermitente por un período limitado a una persona que reside principalmente en una residencia privada cuando dicha atención ayudará a la persona a continuar residiendo en dicha residencia privada.

Qué Está cubierto:

- Cuidado hasta 30 días en un año calendario, generalmente por períodos que no excedan los 14 días calendario
- Proveedor de atención médica por un proveedor de atención médica aprobado.
- Proveedor de atención en un hospital, centro de enfermería especializada, centro de atención intermedia, hogar de ancianos o residencia privada
- Atención médica diurna proporcionada como atención ambulatorial

Qué NO está cubierto

- Atención brindada por un pariente, amigo u otra persona que no tiene licencia o certificación dentro del estado para brindar atención médica.

Capacitación de miembros de la familia, guardianes y miembros del hogar del niño(Se Requiere Autorización Previa)

Qué Está cubierto:

- Capacitación de miembros de la familia, guardianes y miembros del hogar del niño, cuando sea necesario, como parte integral de la gestión en el hogar de las afecciones médicas cubiertas.
- Entrenamiento tal como el cuidado del intestino y la vejiga.
- Capacitación en el uso de un dispositivo de tecnología de asistencia.

Qué NO está cubierto

- Honorarios (salarios) presentados por los miembros de la familia u otros cuidadores no profesionales por el servicio prestado, con la excepción del cuidado del intestino y la vejiga proporcionado por un miembro capacitado de la familia.
- Capacitación brindada en reuniones o conferencias generales y anuales.

Viaje (se requiere autorización previa para viajar fuera del área de desplazamiento)

Qué Está cubierto:

- Costos de transporte hacia y desde proveedores de atención médica aprobados fuera del área de desplazamiento, incluido el kilometraje a la tarifa de la Administración de Servicios Generales para automóviles de propiedad privada, y comidas y alojamiento para viajes de más de 12 horas (viaje de ida y vuelta).
- Servicios de ambulancia cuando se necesita un equipo médicamente necesario y de soporte vital u otros medios de transporte están contraindicados.
- Gastos de transporte hacia y desde proveedores de atención médica aprobados dentro del área de transporte (los gastos de transporte de ida y vuelta cubren el desplazamiento entre la residencia y la ubicación del tratamiento) para vehículos en modo especial y servicios de taxi.

Qué NO está cubierto

- El servicio de ambulancia cuando el transporte o la transferencia de un paciente es principalmente con el propósito de tener al paciente más cerca del hogar, la familia, los amigos o el médico personal.
- El Servicio de ambulancia cuando se usa en lugar del servicio de taxi, por ejemplo, para llevar al paciente al hospital para recibir tratamiento/terapia cuando el uso de una ambulancia no es médicamente necesario, o cuando la condición del paciente hubiera permitido el uso de transporte privado regular si el transporte privado estaba realmente disponible o no.
- Viaje de los padres u otros miembros de la familia para visitar al beneficiario.

- Viaje fuera del área de desplazamiento, cuando los servicios están disponibles dentro del área de desplazamiento.
- Viaje para asistir a reuniones o conferencias generales y anuales, donde el enfoque se centra en la difusión de información general relacionada con un defecto de nacimiento cubierto o afección médica relacionada.
- Alquiler de vehículos en lugar de servicios de taxi o vehículos en modo especial.

Pautas para proveedores

Los beneficiarios deben seleccionar el proveedor de su elección, siempre que el proveedor sea un proveedor de atención médica aprobado. El proveedor debe ser aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (SMM), el programa TRICARE del Departamento de Defensa, la Comisión Conjunta o puede ser un proveedor de atención médica aprobado para proporcionar servicios de conformidad con una licencia o certificado estatal. No se requiere que un proveedor contrate con VHA CC; VHA CC no mantiene una lista de proveedores.

Proveedores autorizados

Los servicios y suministros médicos están cubiertos cuando se reciben de los siguientes tipos de servicios profesionales (no todo incluido)

- Anestésico
- Audiólogo
- Terapeuta certificado en matrimonio y familia
- Matrona certificada
- Enfermera Anestesia Certificada
- Enfermera Practicante Certificada
- Asistente Médico Certificado
- Enfermera especialista en psiquiatría certificada
- Quiropráctico.
- Psicólogo clínico
- Trabajador social clínico certificado
- Dentista (cuando los servicios están preautorizados y un beneficio cubierto)
- Enfermera práctica con licencia (EPL)
- Enfermera vocacional con licencia (EVL)
- Doctor en Medicina (DM)
- Terapeuta ocupacional
- Optometrista
- Osteópata
- Consejero Pastoral
- Fisioterapeuta.
- Médico (MD)
- Podólogo
- Psiquiatra
- Fisiólogo
- Enfermera Registrada (ER)

En el caso de consejeros pastorales, auxiliares de enfermería, audiólogo y terapeutas, se requiere una referencia del médico primario, y los servicios deben ser supervisados (revisados) por el médico.

Los servicios de los siguientes tipos de proveedores no están cubiertos:

- Acupunturista
- Naturópata
- Asistente de Fisioterapia y Asistente de Terapia Ocupacional

Opciones de proveedor

Además de los proveedores privados aprobados, algunos servicios también se pueden obtener de los centros de atención médica de VA. Póngase en contacto con VA en su área para ver si tienen espacio disponible para brindar tratamiento. Depende de la instalación local de atención médica de VA decidir si pueden brindarle la atención que necesita.

Envíe las solicitudes de pago a:

VHA Office of Community Care
PO Box 469065
Denver CO 80246-9065

Le recomendamos que guarde una copia de todos los documentos de reclamo que envíe.

Formularios

Los proveedores deben usar un formulario de facturación estándar, Uniform Bill-04 (UB-04) o Centros de Servicios de Medicare y Medicaid-1500 (CMS-1500), para proporcionar la información requerida que se indica a continuación. Los beneficiarios que presentan reclamos para el reembolso de gastos de su bolsillo deben usar el formulario VHA CC suministrado, Reclamo por gastos varios (Formulario VA 10-7959e). Este formulario está vinculado desde el sitio web de VHA CC en: <http://www.va.gov/communitycare/pubs/forms.asp>

Documentos requeridos

- Todas las reclamaciones deben contener:

Identificación del Paciente

- Nombre completo (como aparece en la tarjeta de identificación)
- Número de Seguro Social
- Dirección
- Fecha de nacimiento

Identificación del Proveedor

- Nombre completo y dirección del hospital o médico.
- Estado profesional del proveedor individual (por ejemplo, DM, AMC., ER)
- Número de proveedor de Medicare (solo instituciones para pacientes hospitalizados)
- Ubicación física donde se prestaron los servicios.
- Número de identificación fiscal del proveedor (NIF): indique si se trata del número de identificación del empleador (NIE) o del número de Seguro Social (NSS)
- Dirección de envío

Información de Tratamiento y Servicios Auxiliares Ambulatorios

(Formularios de facturación estándar - UB-04 o CMS-1500 - Solo proveedor)

- Diagnóstico (códigos CIE)
- Cargos facturados individuales por cada procedimiento, servicio o suministro para cada fecha de servicio
- Códigos de procedimiento: Terminología de procedimiento actual (CPT siglas en inglés) Sistema de codificación de procedimientos de atención médica (HCPCS), Asociación Dental Americana (ADA), etc. y descripción de cada procedimiento, servicios o suministro para cada fecha de servicio.
- Fechas específicas de servicios

Fármacos Recetados y Medicamentos

(Formularios de facturación estándar, cuando los envía el proveedor, o Reclamo por gastos varios (Formulario VA 10-7959e), que se puede encontrar en el sitio web de VHA CC y se utiliza cuando el beneficiario presenta un reclamo).

- Factura de farmacia que incluye:
 - Fecha de despacho.
 - Nombre del medicamento
 - Código Nacional de Medicamento (NDC)
 - Nombre y dirección de la farmacia.
 - Fuerza y cantidad
- Otros gastos (de su bolsillo) como gastos por medicamentos y suministros de venta libre (use el formulario VA 10-7959e)

Viaje

(Reclamo por gastos varios (use el formulario VA 10-7959e) disponible de VHA CC - solo para uso del beneficiario)

- Estados de cuenta
- Las reclamaciones por millaje de vehículos personales incluyen:
 - Certificación de cita médica
 - Fecha de servicio.
 - Lugar de servicio
 - Firma del proveedor
 - Recibos de todos los gastos de viaje (excepto kilometraje) para vehículos de propiedad personal.

Plazos de presentación

Las reclamaciones deben presentarse ante VHA CC a más tardar:

- Un año después de la fecha del servicio; o,
- En caso de atención hospitalaria, un año después de la fecha de alta; o,
- En el caso de un premio de la Oficina Regional de VA por elegibilidad retroactiva, 180 días después de la notificación del premio al beneficiario.

Nota: Si paga por la atención y posteriormente presenta un reclamo de reembolso, nuestro pago se limitará al monto permitido por VA. Por esta razón, debe hacer que sus proveedores le facturen directamente a VHA CC

Otro Seguro de Salud (OSS)

Si bien VA asume toda la responsabilidad por el costo de los servicios médicos cubiertos para el tratamiento de los beneficiarios de la espina bífida, otras aseguradoras de salud, incluidos Medicare y Medicaid, pueden asumir la responsabilidad del pago de los servicios que VA no cubre.

Explicación de beneficios (EDB).

Cuando terminemos de procesar un reclamo, le enviaremos un EDB por correo incluso si el proveedor presentó el reclamo. El EDB es un resumen de la acción tomada en el reclamo y contiene la siguiente información:

- Cantidad cobrada.
- Nombre del Beneficiario.
- Fechas de servicios.
- Descripción de los servicios y / o suministros provistos.
- Motivos de la denegación (si procede)
- A quién se realizó el pago, si corresponde.
- VA cantidad permitida

Reconsideración/Apelación de reclamos

Si usted, su representante (que debe ser designado por escrito por el beneficiario o guardián legal) o su proveedor de atención médica no está de acuerdo con una determinación de reclamo, puede solicitar una reconsideración. Para que se considere una reconsideración/apelación, debe:

- Presente su solicitud por escrito dentro de un año a partir de la fecha de la Explicación de beneficios (EDB), en el caso de una denegación de servicio o beneficio, o dentro de un año a partir de la fecha de la carta que le notifica una denegación de elegibilidad o servicio
- Identifique por qué cree que la decisión original fue errónea.
- Incluya una copia de la (EDB) o carta de determinación.
- Envíe cualquier información nueva y relevante que no se haya considerado anteriormente.

Debe enviar su solicitud a la Oficina de Atención Comunitaria (VHA CC) dentro de un año a partir de la fecha del EDB inicial. Envíe su solicitud a:

VHA CC
Reconsideration/Appeals
PO Box 460948
Denver CO 80246-0948

Se le enviará por correo una declaración escrita del resultado de la revisión. Si la decisión original se revierte o modifica, el reclamo se volverá a procesar y recibirá un nuevo EDB.

Si se confirma la denegación, puede solicitar una apelación de segundo nivel. Esta solicitud debe recibirse dentro de los 90 días de la fecha de la decisión inicial de apelación. Identifique por qué cree que la decisión es errónea y brinde información nueva y relevante relacionada con el reclamo que no se consideró anteriormente. La segunda y última determinación le informará sobre otros derechos de apelación para una apelación ante la Junta de Apelaciones de Veteranos. Envíe su solicitud a:

VHA Office of Community Care
Reconsideration/Appeals
PO Box 460948
Denver CO 80246-0948

Cantidad Permitida/Admisible: El monto permitido (o cargo permitido) es el monto máximo autorizado para servicios médicos y otros servicios de salud prestados por médicos, grupos médicos, proveedores profesionales, laboratorios independientes, proveedores de servicios de ambulancia y proveedores de equipos médicos duraderos, prótesis, aparatos ortopédicos y suministros. (EMDPOS), etc.

Proveedor de atención médica aprobado: Un proveedor de atención médica aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, el programa TRICARE del Departamento de Defensa, La Comisión Conjunta o cualquier proveedor de atención médica aprobado para proporcionar servicios de conformidad con una licencia o certificado estatal. Una entidad o individuo se considerará un proveedor de atención médica aprobado solo cuando actúe dentro del alcance de la aprobación, licencia o certificado.

Beneficiario: Un niño biológico de un veterano de Corea o Vietnam que está recibiendo un beneficio monetario de la oficina regional del VA por espina bífida.

Niño: 1. Un hijo biológico de un Veterano de Corea, independientemente de su edad o estado civil, que fue concebido después de la fecha en que el Veterano de Corea sirvió por primera vez en o cerca de la zona desmilitarizada de Corea, durante el período que comienza el 1 de septiembre de 1967, y termina el 31 de agosto de 1975.

2. Un hijo biológico de un veterano de Vietnam, independientemente de su edad o estado civil, que fue concebido después de la fecha en que el veterano de Vietnam ingresó por primera vez a la República de Vietnam, durante el período que comienza el 9 de enero de 1962 y termina el 7 de mayo de 1975.

Cuidado de la salud diurna: un programa terapéutico prescrito por un proveedor de atención médica aprobado que brinda los servicios médicos necesarios, rehabilitación, actividades terapéuticas, socialización, nutrición y servicios de transporte en un entorno congregado. La atención médica diurna se puede proporcionar como un componente de la atención ambulatoria o la atención de relevo.

Explicación de beneficios (EDB): una declaración emitida por un plan / programa de beneficios de salud, que resume la acción tomada en un reclamo.

Atención habilitante y de rehabilitación: Asesoramiento profesional, servicios de orientación y programas de tratamiento (distintos de la formación profesional) necesarios para desarrollar, mantener o restaurar, en la medida de lo posible, el funcionamiento de una persona discapacitada.

AFAM: Administración de Financiamiento de Atención Médica, administradores de Medicare y Medicaid, ahora llamados Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Atención de salud: Atención domiciliaria, atención hospitalaria, atención a largo plazo, atención en hogares de ancianos, atención ambulatoria, atención preventiva, atención habilitante y de rehabilitación, manejo de casos y atención de relevo. Incluye la capacitación de los miembros apropiados de la familia u hogar de un niño en el cuidado del niño; costos directos de transporte hacia y desde los proveedores de atención médica aprobados (incluidas las comidas y el alojamiento necesarios en el camino, y el acompañamiento de un asistente o asistentes) y otros servicios médicos según sea necesario.

Proveedor de atención médica: Cualquier entidad o individuo que brinde atención médica, incluidas las clínicas especializadas de espina bífida.

Servicios relacionados con la salud: Servicios de ama de casa o ayudantes de salud en el hogar proporcionados en el hogar del individuo u otro lugar de residencia en la medida en que dichos servicios brinden asistencia con Actividades de la vida diaria y Actividades instrumentales de la vida diaria que tengan valor terapéutico.

Atención domiciliaria: Atención médica, atención de habilitación y rehabilitación, servicios de salud preventiva y servicios relacionados con la salud prestados a una persona en el hogar de la persona u otro lugar o residencia.

Servicios de asistencia médica a domicilio: un componente de los servicios relacionados con la salud que brindan atención personal y servicios de apoyo relacionados a una persona en el hogar u otro lugar de residencia. Los Servicios de Asistencia Médica a Domicilio (SAMD) pueden incluir asistencia con las actividades de la vida diaria, tales como: bañarse; ir al baño; comiendo; vestirse; ayuda para deambular o transferir; ejercicios activos y pasivos; asistencia con equipo médico; y monitoreo rutinario de la salud. SAMD debe proporcionarse de acuerdo con el plan de atención escrito del individuo y debe ser recetado por un proveedor de atención médica aprobado.

Servicios de ama de casa: Los servicios de ama de casa son un componente de los servicios relacionados con la salud que abarcan ciertas actividades que ayudan a mantener un ambiente seguro y saludable para una persona en el hogar u otro lugar de residencia. Dichos servicios contribuyen a la prevención, demora o reducción del riesgo de daños en hospitales, hogares de ancianos u otros cuidados institucionales. Los servicios de ama de casa

incluyen asistencia con el cuidado personal; administración del hogar; realización de tareas domésticas simples; nutrición; incluyendo planificación de menús y preparación de comidas; educación del consumidor; y educación en higiene. Los servicios de ama de casa pueden incluir asistencia con actividades instrumentales de la vida diaria, tales como: limpieza ligera; lavado, preparación de comidas; servicios necesarios para mantener un ambiente seguro y sanitario en las áreas del hogar utilizadas por el individuo y garantizar la seguridad individual. Los servicios de ama de casa se deben proporcionar de acuerdo con el plan de atención escrito del individuo y deben ser recetados por un proveedor de atención médica aprobado.

Atención hospitalaria: Atención y tratamiento brindados a una persona que ha ingresado en un hospital como paciente.

La Comisión Conjunta: La Comisión Conjunta es un organismo de acreditación de garantía de calidad de la industria de la salud.

Veterano de Corea: Un veterano que realizó el servicio activo en o cerca de la zona desmilitarizada de Corea durante el período que comienza el 1 de septiembre de 1967 y termina el 31 de agosto de 1971.

Atención a largo plazo: atención domiciliaria, atención en hogares de ancianos y atención de relevo.

Suministros médicos: Suministros para tratamiento médico o cuidado en el hogar que se determina que son artículos de existencias prescindibles. Los artículos de existencias prescindibles pueden incluir catéteres, conjuntos y suministros de colostomía o ileostomía, guantes de plástico o caucho, preparación de la piel y polvos para usuarios de aparatos ortopédicos y protésicos, urinarios, suministros de incontinencia, materiales de vestir, etc.

Atención en hogares de ancianos: atención y tratamiento brindados a una persona que ha sido admitida en un hogar de ancianos como residente.

Oficina de Atención Comunitaria (VHA AC): La Oficina de Atención Comunitaria VHA en Denver, Colorado, es responsable de la administración de varios programas de beneficios de VA, incluido el Programa de Beneficios de Atención Médica de Espina Bífida.

Atención ambulatoria: Atención y tratamiento, incluida la atención médica diurna y los servicios de atención médica preventiva, brindados a un individuo fuera del hospital o en un hogar de ancianos.

Atención preventiva: Atención y tratamiento brindados para prevenir discapacidades o enfermedades asociadas con afecciones médicas cubiertas, incluidos exámenes periódicos, vacunas, educación para la salud del paciente y otros servicios similares.

Atención de relevo: Atención, incluida la atención médica diurna, proporcionada por un proveedor de atención médica aprobado de manera intermitente durante un período limitado a una persona que reside principalmente en una residencia privada cuando dicha atención ayudará a la persona a seguir residiendo en dicha residencia privada

TRICARE: Anteriormente conocido como CHAMPUS. Un programa federal de beneficios de salud administrado por el Departamento de Defensa (DoD), para militares retirados, así como familias de miembros en servicio activo, jubilados y fallecidos. El DoD comparte con los beneficiarios elegibles los costos de ciertos servicios y suministros de atención médica.

Oficina regional de VA: Centros regionales bajo la Administración de Beneficios para Veteranos de VA, la rama de VA responsable de la administración de los beneficios de VA que no sean atención médica. Entre otras responsabilidades, las oficinas regionales de VA procesan las solicitudes de beneficios y determinan la concesión de beneficios monetarios.

Veterano de Vietnam: Un veterano que realizó un servicio militar, naval y aéreo activo en la República de Vietnam durante la era de Vietnam (9 de enero de 1962 - 7 de mayo de 1975). El servicio en la República de Vietnam incluye el servicio en aguas en alta mar y el servicio en otros lugares, si las condiciones del servicio en otros lugares, si las condiciones del servicio implican deber o visitas en la República de Vietnam.

A
 asistencia..... 11, 14, 19, 30, 31
 Asistente 15, 22, 23
 Autorización previa 2, 4, 33
 Aviso de Prácticas de Privacidad 5

B
 Beneficios 1, 2, 4, 5, 6, 7, 31, 32, 33
 Beneficios de Atención Médica 1, 4, 5, 6, 7, 31

C
 Cambio de dirección 2, 5
 cambios 4
 Capacitación de miembros de la familia, guardianes y miembros del hogar del niño 19
 Costos 2, 7, 13, 33
 Cuidado de relevo 3, 19, 33
 Cuidado de salud diurno 2, 11
 cuidado en el hogar 31

D
 dentales 2, 8, 33
 Documentos requeridos 3, 24, 33

E
 elegibilidad 6, 26, 27
 Equipo médico duradero 2, 8, 11, 33
 Exclusiones 2, 8, 33
 Exclusiones Generales 8
 Explicación de beneficios (EDB) 3, 27, 29

F
 Formularios 3, 24, 25

G
 Glosario 3, 33

H
 hogar de ancianos 3, 16, 19, 31

O
 Opciones de proveedor 23, 33
 Ortesis 3, 16, 33
 Otro Seguro de Salud 26

P
 Pautas para proveedores 3, 21
 Plazos de presentación 26, 33
 proceso de solicitud 6
 proveedores 3, 11, 20, 21, 26, 29, 30
 Proveedores autorizados 3, 22

R
 Reclamaciones 3, 33
 Reconsideración/Apelación de reclamos ..27
 Reconsideration/Appeal of Claims 27
 Requisitos de Autorización previa 2

S
 Servicios ambulatorios 9, 16, 33
 Servicios de ama de casa 2, 9, 14, 30, 33
 Servicios de Farmacia 17
 Servicios de Rehabilitación 18
 servicios de salud 13, 15, 16, 29, 30
 servicios de salud mental 15
 Servicios para pacientes hospitalizados 2, 14
 Servicios protésicos/dispositivos 18
 Solicitar Autorización Previa 2, 9
 solicitud 2, 6, 27, 28, 33
 suministros 3, 8, 12, 15, 17, 29, 31, 32

T
 tarjeta de identificación 7, 24

V
 viaje 10, 20, 26, 33

Fraude y Abuso

Se alienta a las personas que tienen razones para creer que se está facturando al Departamento de Asuntos de Veteranos por servicios que no fueron prestados o que un beneficiario está recibiendo servicios de atención médica innecesarios o inapropiados a reportar inmediatamente sus sospechas a VHA AC.

Teléfono: 1-888-820-1756

Correo electrónico: Please go to <https://iris.custhelp.com/app/ask> and follow the directions for submitting e-mail via IRIS.

Fax: 303-331-7807

